

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades Procedimiento de Queja de Tempe

Si usted, o alguien que conoce, tiene una discapacidad o otro requisito físico o de acceso, y tiene una queja, preocupación o problema con los programas, servicios, comunicaciones, actividades, eventos, edificios, vendedores, o negocios, **¡queremos saber!** Por favor, llene la forma siguiente y incluye: nombre, dirección, número de contacto del reclamante y detalles suficientes alrededor del problema. Incluye, también, el lugar, la fecha, y sus acciones remediales hasta este punto. Además, si tiene fotos disponibles, envíelas al correo electrónico.

La reclamación tiene que ser por escrito para asegurar un seguimiento preciso. Sin embargo, otras alternativas están disponibles para meter una reclamación. Una entrevista personal será aceptada. Además, acomodaciones o formatos alternativos estarán disponibles durante el proceso por petición. Mete la reclamación lo más pronto que posible, pero antes de 180 días calendarios después de la violación presunta, a:

ADA Compliance Specialist
City of Tempe Diversity Department
31 East Fifth St., 2nd Floor
Tempe, AZ 85281
diversity@tempe.gov
(480) 350-2704 Línea directa (480) 350-2907 Fax
711 usuarios del servicio de relevo

Se conducirá un repaso de la reclamación con el reclamante entre 30 días de recibir la reclamación. Si una acomodación (como Letra Grande, Braille, traducción ASL, o otra) sería necesario, avísanos inmediatamente.

Una decisión escrita será proporcionada cuando hecha. El proceso de repaso no dura más que 150 días calendarios desde la fecha de la reclamación. El reclamante puede apelar la decisión al City Manager, o su representante, entre 30 días laborables.

Las reclamaciones y apelaciones escritas y recibidas por la ADA Compliance Specialist, y las decisiones de estas, será mantenidas por la Ciudad de acuerdo con el horario de mantenimiento de archivos.

Forma de Reclamación de la Ley Sobre Estadounidenses con Discapacidades Procedimiento de Reclamación

Fecha:

Su Información: Información de Representante (si aplicable):

Nombre: >>>

Dirección: >>>

Ciudad: >>>

Código Postal: >>>

Número de Teléfono: >>>

Correo electrónico: >>>

Contacto Preferido: >>>

Detalles de Violación Presunta

Fecha de incidente presunta: (Debe ser entre 180 días de la violación) >>>

Lugar o dirección del incidente: >>>

Departamento de la Ciudad/Empleado con quien hablo: >>>

Reclamación: (Provee un sumario breve y con detalle de la queja que pertenece a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Por favor incluye los nombres de individuos involucrados y los más detalles que posible.)

Si tenga preguntas o desea discutir su queja antes de meter la reclamación, por favor contáctanos.

Si tenga preguntas o desea discutir su queja antes de meter la reclamación, por favor contáctanos.